FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Décembre 1873

PAR

Charles LEGRAS.

Né à La-Ferté-Villeneuil (Eure-et-Loir).

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

DES KYSTES

DES

BOURSES SYNOVIALES TENDINEUSES

DU CREUX POPLITÉ

PARIS

A. PERENNE, RUE ST-SÉVERIN, 25

1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LEFORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. G. SEE. LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUBRUEIL.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BLACHEZ.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LEDENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	OLLIVIER.	TILLAUX.
CRUVEILHIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N*...
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N*...
— d'ophtalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

M. GOSSELIN, président; MM. LASÈGUE, POLAILLON, BALL.

M. LE FILLEUL, Secrétaire.

A MON PÈRE

Mon premier maître.

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Mon premier maître dans les Hôpitaux de Paris.

MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

A M. LE PROFESSEUR LASÈGUE

Mon maître à l'Hôpital Necker.

A M. LE DOCTEUR GUYON

Professeur agrégé

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

A M. LE DOCTEUR DEBROU

Ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

A M. LE DOCTEUR VAUSSIN

Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

A M. LE DOCTEUR CHIPAULT

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

DES KYSTES

DES BOURSES SYNOVIALES TENDINEUSES

DU CREUX POPLITÉ.

Les Kystes du creux proplité se rencontrent assez fréquemment; ils peuvent prendre naissance, soit dans les bourses séreuses du creux poplité, soit dans le tissu cellulaire sous cutané, ou sous aponévrotique, soit dans les ganglions; enfin ils peuvent provenir de la synoviale articulaire.

Foucher, dans une lettre au professeur Malgaigne (1) a divisé les Kystes que l'on rencontre à la région poplitée en quatre variétés :

1. Foucher. *Revue Médico-chirurgicale*, 1854.

1° Kystes dus à une hydropisie de la synoviale tendineuse.

2° Kystes folliculaires dus à la dilatation des follicules synovipares.

3° Kystes séreux libres primitivement, ou consécutivement libres.

4° Kystes articulaires dus à une hernie de la synoviale articulaire.

Nous ne nous occuperons dans ce travail que de la première variété que l'on rencontre le plus fréquemment.

Avant de commencer l'histoire des kystes du creux poplité, nous avons cru utile et même indispensable de donner une description rapide de la région poplitée et des synoviales que l'on y rencontre.

Pour l'anatomie des régions, nous avons puisé dans l'excellent ouvrage de M. le professeur Richet, et, n'ayant jamais eu l'occasion de disséquer nous-même les synoviales, après un examen attentif des pièces déposées au musée Orfila par MM. Labbé et S. Pozzi, nous avons suivi pas à pas la description qui en a été faite par M. Foucher. (Arch. génér. de Méd. T. VIII, 1856), et par Baudouin (thèse de Paris, 1855).

La région poplitée a la forme d'un losange. On pourrait, comme l'a fait remarquer Velpeau, la diviser en deux triangles par une ligne qui passerait au-dessus des condyles.

Le triangle supérieur est formé : en dedans, par le demi-tendineux et le demi-membraneux, en dehors par le

biceps : ce triangle est plus considérable que le triangle inférieur formé par les deux jumeaux.

La peau de cette région est fine, glâbre, extensible, et présente quelques plis transversaux ; au-dessous, on trouve une couche assez épaisse de tissu adipeux.

L'aponévrose présente une assez grande densité au creux du jarret, elle s'amincit sur les côtés et se dédouble en autant de feuillets qu'il y a de muscles, puis va se fixer aux lignes rugueuses des os et se confondre avec le périoste.

Au-dessous de l'aponévrose, on trouve le creux poplité rempli de tissu cellulo-graisseux, traversé par des vaisseaux et des nerfs, et circonscrit de tous côtés par des os, des muscles et des tendons.

Les parois du triangle supérieur sont formées par les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, couturier, droit interne en dedans, et en dehors par le biceps. Le demi-tendineux est le plus superficiel.

Le demi-membraneux, situé au-dessous du précédent, est le plus fort et le plus puissant ; son tendon, après avoir contourné le condyle interne du fémur dont il est séparé par une petite bourse séreuse, se fixe à la tubérosité du tibia, d'où il envoie deux expansions, l'une pour le fémur, l'autre pour le ligament postérieur de l'articulation.

Le couturier, dont le tendon est aplati, contourne le condyle pour aller se fixer à la patte d'oie qu'il contribue à former avec les tendons du demi-tendineux et du droit

interne. Une bourse synoviale le sépare des tendons de ces deux derniers muscles.

Le droit interne n'entre donc dans le creux poplité que d'une façon tout-à-fait secondaire.

Le côté externe du triangle supérieur est formé tout entier par le biceps, et surtout par la courte portion de ce muscle. Ses glissements sont facilités par une bourse séreuse, située entre sa face profonde et le ligament latéral externe de l'articulation.

Le triangle inférieur est formé par les jumeaux qui tapissent le fond du creux poplité : ils ne se séparent qu'au niveau des condyles où ils viennent prendre insertion.

Nous mentionnerons encore le muscle poplité, entouré d'une gaîne synoviale qui communique souvent avec l'articulation.

Dans la région du creux poplité, nous trouvons des artères, des veines et des nerfs.

L'artère poplitée, continuation de l'artère fémorale, s'enfonce dans le tissu cellulo-graisseux du creux poplité : elle se dirige obliquement en bas et en dehors de la paroi interne à la paroi externe de cette région. En haut elle est accolée au demi-membraneux qu'elle abandonne pour se porter entre les deux condyles.

Enfin, entre les deux jumeaux, ses rapports sont : en haut, la face postérieure du troisième adducteur, le fémur, le ligament postérieur de l'articulation et le poplité.

Tendue dans l'extension, elle est sinueuse dans la flexion.

Les veines sont la poplitée et la saphène externe.

La veine poplitée n'a rien de remarquable : à première vue, ses parois fortes pourraient la faire prendre pour l'artère, mais elle est plus superficielle que cette dernière. La saphène externe, d'abord superficielle, perce l'aponévrose du creux poplité et se jette ensuite dans la veine poplitée. Cette veine est souvent le siége de varices plus ou moins volumineuses qui peuvent, au premier aspect, en imposer pour des kystes de cette région.

Les nerfs viennent du sciatique : ils sont fournis par les branches terminales de ce nerf qui se divise en deux au niveau du sommet du triangle supérieur, sous le nom de sciatique poplité interne et de sciatique poplité externe.

Le sciatique poplité externe ne fait que longer le bord du biceps : il contourne la tête du péroné pour le distribuer à la partie antérieure de la jambe.

Le sciatique poplité interne traverse le milieu du creux poplité. Sa direction est celle du membre : aussi croise-t-il l'artère poplitée de haut en bas et de dehors en dedans. Superficiel en haut, il s'enfonce en bas entre les jumeaux, puis fournit quelques rameaux.

Les bourses séreuses du creux poplité sont au nombre de sept, décrites par Marchal de Calvi dans sa thèse d'agrégation (concours de 1839). Foucher est le premier qui ait décrit celle du poplité (mém. à l'Acad. de Méd.).

Quatre sont situés au côté interne, trois au côté externe.

Dans la première catégorie nous comprenons la bourse séreuse de la patte d'oie, quoiqu'elle appartienne à la

région externe de la jambe. Nous la décrivons ici pour les raisons suivantes :

1° Elle s'étend en arrière sur le jarret ;

2° Lorsqu'elle est distendue par de la sérosité, elle a plus de tendance à se produire du côté du creux poplité, contenue qu'elle est en avant par l'insertion de la patte d'oie sur le tibia ;

3° Enfin elle est le siège de kystes semblables à ceux des bourses séreuses voisines.

Nous décrirons donc à la partie externe quatre bourses séreuses qui sont, en allant de bas en haut et de dedans en dehors : la bourse de la patte d'oie, les bourses du demi-membraneux, inférieure et supérieure, et la bourse du jumeau interne, et à la partie externe, les bourses du biceps, du jumeau externe et du poplité.

Bourse de la patte d'oie. — Elle est située entre l'expansion aponévrotique du même nom et le ligament latéral interne de l'articulation du genou.

Insufflée, elle présente la forme et la dimension d'un œuf de poule que l'on aurait coupé, suivant son grand axe, en deux parties égales. Elle s'étend alors : en avant, jusqu'à l'insertion de la patte d'oie, en arrière, elle dépasse le bord de la partie postérieure du ligament latéral. Elle apparaît à trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité interne du tibia dont elle atteint en haut le niveau.

Quand on coupe cette bourse, on trouve plusieurs replis séreux qui la divisent en loges complètes ou incomplètes.

Baudoin (thèse 1856) n'a pu rencontrer cette dernière disposition qui existe cependant quelquefois, car Marchal de Calvi (Loc. cit.) indique jusqu'à trois séreuses pour la patte d'oie, et, avant lui, Albinus avait signalé cette particularité.

Bourse inférieure du demi-membraneux. — Cette bourse, signalée par Sabatier, est située entre le tendon du demi-membraneux et la tubérosité interne du tibia. Elle présente, après insufflation, le volume d'une grosse amande. Cette bourse tapisse la face antérieure du tendon, la face postérieure, la tubérosité et la capsule articulaire.

Bourse supérieure du demi-membraneux. — Elle est située à deux ou trois centimètres au-dessus de la précédente, entre le tendon du demi-membraneux et la capsule fibreuse : elle peut acquérir en dimension la moitié d'un œuf de poule. Elle s'étend d'un côté sur la capsule articulaire, et, de l'autre, sur le tendon du demi-membraneux, déborde un peu en avant pour se prolonger sous le tendon du demi-tendineux, et occupe environ les deux tiers de la face postérieure du condyle interne.

Bourse du jumeau interne. — On la rencontre immédiatement au-devant et en dehors de la précédente, dont elle a le volume et de laquelle elle n'est séparée que par une lame séreuse assez mince.

Elle recouvre en haut la face supérieure du condyle interne, en bas la face antérieure du tendon du jumeau interne, et sur les côtés les bords de ce même tendon. Il lui arrive souvent de se confondre avec la précédente.

Bourse du biceps. — Située au-dessus de la tête du péroné, entre le biceps et le ligament latéral externe, elle tapisse la face interne du tendon et la face externe du ligament de l'articulation, en se prolongeant un peu en avant.

Bourse du jumeau externe. — Située au-dessus et en dedans de la précédente, entre le tendon du biceps et le bord externe du jumeau externe, sous lequel elle s'enfonce, elle est située en arrière de la capsule articulaire.

Après injection ou insufflation, elle acquière le volume d'une noix. Elle présente la même disposition que celle du côté opposé, quand la bourse supérieure du demi-membraneux se confond avec celle du jumeau interne.

Bourse du poplité. — Décrite par Foucher. Quand on a fait la section transversale du ligament latéral externe, on la trouve située au niveau de l'interligne articulaire, entre la face externe du tendon du poplité et la face interne du ligament. Ouverte, elle a la dimension d'une pièce de un franc. Elle ne communique pas avec la synoviale articulaire, quoique son bord antérieur s'en rapproche beaucoup.

Elle est bien distincte du prolongement que la séreuse du genou fournit au tendon du poplité, qui d'ailleurs la sépare lui-même.

Aucune des membranes que nous venons de décrire ne communique normalement avec l'articulation, du moins chez les jeunes gens.

La communication peut avoir lieu chez les personnes plus avancées en âge, et ce fait serait prouvé par la bourse qui sépare le demi-membraneux et le jumeau interne de la

capsule articulaire. Aussi M. Foucher s'exprime ainsi :
« Relativement à la communication avec la synoviale du genou, etc. »

Si cette communication est admise pour cette bourse, pourquoi n'en serait-il pas de même pour celle du jumeau externe et pour celle du poplité qui se trouve plus rapprochée que ces deux autres de la synoviale articulaire ?

ETIOLOGIE.

Larrey prétend que cette maladie est plus fréquente chez les militaires que chez les civils. Quoiqu'il en soit, les causes en sont obscures. Tantôt les kystes arrivent subitement, tantôt le malade ne s'en aperçoit que fort longtemps après leur apparition.

La constitution, le tempérament n'ont pas d'influence. On pourrait croire que l'âge serait une cause prédisposante et que, par conséquent, cette tumeur serait plus fréquente chez les vieillards, puisque chez eux la synoviale tendineuse aurait plus de chance de communiquer avec celle de l'articulation. Pourtant il n'en est rien.

Foucher *(loc. cit.)* a trouvé cette affection entre 14 et 57 ans. Nos observations, qui ne sont pas aussi nombreuses que nous l'aurions désiré, viennent encore nous le confirmer.

C'est entre 20 et 30 ans que cette affection se présente le plus souvent. Ce résultat est sous la dépendance de toute autre cause.

Si l'on pouvait reprocher quelque chose à l'âge, ce serait au point de vue purement théorique de leur réductibilité ou de leur irréductibilité, puisqu'on a invoqué, à cette époque de la vie, la communication comme étant plus fréquente.

Les données anatomiques ne s'accordent point avec cette manière de voir : encore faudrait-il un plus grand nombre d'observations pour en tirer une conclusion.

On a parlé aussi des maladies antérieures, mais si le vice rhumatismal et arthritique a été invoqué, ce n'est que comme cause prédisposante. Foucher cite un malade ayant eu une arthrite aiguë et deux autres rhumatisants. Nous pouvons dire que la plupart du temps il n'existe aucun antécédent morbide pouvant avoir quelque relation avec la production des kystes poplités.

La profession constitue une cause prédisposante très-importante, puisque sur 24 malades, 17 se livraient à des professions pénibles : ainsi 8 étaient des militaires.

Des observations de ces malades ont été recueillies au Val-de-Grâce, et il ne faudrait pas croire que cette proportion fût l'expression de la vérité. Nous en rencontrons chez un conducteur d'omnibus, un marchand de quatre saisons, un mécanicien, un porteur à la Halle, un charpentier, un champignoniste, un imprimeur, etc., etc.

Mais il est facile de saisir la coïncidence qui peut exister entre la production de ces kystes et ces différentes profes-

sions qui exigent des mouvements étendus ou pénibles des membres inférieurs et des efforts violents. C'est pour cette même raison que leur plus grande fréquence a été remarquée entre 20 et 30 ans.

Les causes prochaines ont été signalées par des auteurs. Dans quelques cas, c'est à la suite d'une contraction énergique que le kyste est apparu. Les marches forcées ont été indiquées plusieurs fois, ou bien c'est en montant un escalier avec un lourd fardeau que le malade ressentit de la douleur dans le genou, douleur immédiatement suivie de l'apparition du kyste.

Pour résumer, nous pouvons dire que lorsque la cause est apparente, on la trouvera dans les longues marches, les courses, les fatigues et les efforts violents que nécessitent certaines professions.

Quelle que soit la cause qui l'ait produit, le travail morbide qui préside à la formation de ces kystes ne présente rien de particulier à considérer. Cette affection n'est après tout que l'hydropisie de ces synoviales. On ne doit donner aucune importance à la coïncidence fréquente de l'hydarthrose, comme nous le verrons en parlant des complications.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est surtout à la suite des ponctions bien plus qu'à celle des autopsies qui, dans ces cas, sont extrêmement

rares, que l'on peut étudier le contenu des kystes synoviaux tendineux. Le sac qui le renferme est une poche fibreuse qui, d'après M. Malgaigne est ovoïde, bien circonscrite, à parois épaisses, dures, résistantes, élastiques, d'un aspect presque nacré, adhérente aux tendons du côté interne du creux du jarret.

M. Foucher *(loc. cit.)* décrit ainsi la tumeur qu'il eut occasion de disséquer : « Sur une femme de 58 ans, maigre, je trouvai dans le creux poplité, un kyste du volume d'un petit œuf de poule, de forme ellipsoïde, à grand diamètre vertical. Ce kyste reposait sur la face postérieure du condyle interne du fémur, et s'avançait, en les soulevant, entre les tendons du demi-membraneux et du jumeau interne.

Le tendon du premier muscle, en passant sur la face postérieure de la tumeur, était dur et marquait son passage par une dépression qui subdivisait incomplétement le kyste en deux portions. Le tendon du jumeau interne était insensiblement repoussé en dehors ; le kyste du reste était peu mobile entre les tendons. En l'examinant à sa face profonde, je vis qu'il tenait à la capsule fibreuse du condyle interne, car en ouvrant l'articulation, pour explorer la face interne de cette capsule fibreuse, j'aperçus non sans peine une fente transversale à bords déchiquetés, d'un centimètre de longueur, existant sur la capsule fibreuse près de son insertion au fémur et conduisant dans le kyste, dont le contenu arriva alors dans l'articulation. C'était une matière épaisse d'un jaune citron, analogue à de la gelée de pommes. La pression du kyste avant l'ouverture de la

poche n'avait pas amené l'évacuation de cette matière. La poche était constituée par une enveloppe celluleuse mince. La synoviale du genou ne contenant aucune trace de liquide, était parfaitement saine, et rien n'indiquait qu'elle eût jamais été malade. Chose curieuse et que je n'oserais mettre en relation avec la présence du kyste, le jumeau interne, tout en ayant conservé son volume et sa forme, était complétement graisseux, et la substitution était exactement limitée à ce muscle.

Je fus étonné de n'avoir pu, par la pression, vider le kyste dans l'articulation du genou, et je dus en chercher le motif. Le peu de fluidité de la matière contenue pouvait être un obstacle, en présence d'une ouverture de un centimètre. Je remplis la poche kystique d'eau, le genou était dans l'extension, il n'en passa pas une goutte dans la synoviale articulaire, je fléchis l'articulation, et le kyste se vida aussitôt.

La capsule relâchée quittait le condyle, et dès lors le liquide pouvait affluer dans la synoviale du genou.

La poche n'est pas toujours épaissie, quelquefois ses parois sont devenues si minces que le moindre effort les fait céder, c'est ainsi qu'on expliquerait les cas de rupture de kystes, observés de temps à autre ; son développement en épaisseur se fait dans la membrane elle-même, par le dépôt, au milieu des fibres, de tissu cellulaire, de matière amorphe, et de corps fibro-plastiques. Ce dépôt peut se propager, jusqu'à une certaine distance, dans le tissu cellulaire ambiant. L'épaisseur se produit entre la couche séreuse et la

touche épithéliale, et non point sur la face interne du sac, car l'épithélium aurait disparu, et cet épithélium ne peut se reproduire dans la cavité ; on aurait donc un épithélium de nouvelle formation, jeune avec des caractères tranchés.

La face interne du kyste a subi des changements dans sa composition, elle n'est pas unie partout, en certains points, l'épithélium manque, elle offre un aspect nacré, puis de grandes franges plus ou moins allongées, qui sont constituées par des matières amorphes et quelques éléments fibro-plastiques (1).

Le liquide que l'on trouve dans l'intérieur des kystes synoviaux tendineux, est loin d'être toujours de la même nature. Tantôt il présente les caractères de la sérosité franche, l'opalescence et la fluidité ; tantôt, au contraire, et c'est le cas du liquide que l'on trouve dans les tumeurs déjà anciennes, la fluidité disparaît presque complétement : le liquide ne s'écoule plus que difficilement et offre l'aspect d'une gelée, soit complétement blanche, soit, quelquefois, coloriée en rouge, par quelques gouttes de sang. Mais le plus souvent, le liquide, contenu dans ces kystes, est jaune blanchâtre, ayant, comme la synovie, la propriété de se coaguler par la chaleur. De plus, il est filant, et offre une plus ou moins grande viscosité.

Au milieu de ce liquide, on trouve quelquefois, tantôt nageant, tantôt accolées aux parois du kyste, des concrétions plus ou moins grosses et plus ou moins dures.

1. Lantier. *Thèse de Paris*, 1866.

Ces concrétions ne présentent dans leur structure, ni vestiges de vaisseaux, ni vestiges de filets nerveux. Ces corpuscules ne sont pas des hydatides, comme le voulait Dupuytren, mais de l'albumine, de la fibrine plastique, ou des matières séro-purulentes. L'exhalation de la synoviale empêchera ces produits de se confondre avec les tissus voisins ; pressés les uns contre les autres, ils nageront dans la synovie.

Pour terminer, nous ajouterons, avec Michon, que cette affection est due à une inflammation chronique qui développe un travail morbide dans les synoviales des bourses tendineuses, à la suite duquel il s'est fait un épanchement dans leur cavité et un dépôt de matière plastique.

SYMPTOMATOLOGIE.

Tantôt le kyste apparaît sans avoir été précédé du plus léger accident, tantôt, c'est à la suite de gêne, de craquements et de tiraillements que le malade s'aperçoit qu'il porte dans le creux du jarret une grosseur. La tumeur de volume variable, généralement indolente, consistante, molle ou fluctuante, se présente sous une forme ovoïde, régulière, lisse, quelquefois bosselée, peu ou point mobile, réductible ou irréductible, sans changement de couleur à la peau.

Lorsque le malade s'aperçoit pour la première fois de sa

présence, elle n'est pas plus grosse qu'une noisette. On la trouve sur le côté interne, sur le côté externe et sur la ligne médiane. Quand le kyste siège sur la ligne médiane, le creux du jarret est effacé, il est difficile à limiter et à circonscrire ; il y a saillie, au contraire, lorsqu'il occupe le côté interne ou le côté externe. Il serait superflu de s'arrêter plus longtemps sur la variété de position de ces kystes : ils peuvent donc être internes, externes ou médians ; ces variétés de siège sont d'une importance autrement grande dans le diagnostic, comme nous le verrons, quand nous parlerons de ce chapitre.

La tumeur peut mettre plus ou moins de temps à se développer ; elle reste généralement plusieurs mois, quelquefois des années avant d'acquérir son volume définitif, mais elle n'en conserve pas moins ses autres caractères.

Par l'examen direct, quelque énergiques que puissent être les pressions, le chirurgien ne détermine aucune douleur. La plupart des malades ne se plaignent pas de gêne dans leurs mouvements, aussi continuent-ils à vaquer à leurs affaires habituelles ; quelques-uns cependant souffrent de tiraillements et de craquements dans le genou, comme les malades des observations 1 et 3 ; et encore ce dernier avait-il une hydarthrose qui était la cause principale de sa douleur. Dans ce cas, les malades vont trouver le chirurgien pour se soustraire à cette douleur ; les autres ne se soumettent à une opération que parce qu'ils sont pressés par leurs proches, ou parce qu'ils redoutent pour l'avenir des dangers plus sérieux.

Les douleurs se montrent au début ou à la suite de la marche, elles cèdent quelquefois à un léger repos pour recommencer, si le malade reprend sa vie habituelle.

Quant à la consistance de la tumeur, elle n'est pas fixe, et c'est ce symptôme qui offre le plus de variétés ; elle dépend du reste de plusieurs causes. La poche en effet peut être plus ou moins distendue par la quantité de liquide qu'elle renferme ; l'épaisseur de ses parois n'est pas toujours la même ; enfin la position du membre, suivant qu'il est dans l'extension ou dans la flexion, peut faire varier ce caractère. La nature du liquide peut-elle le modifier ? Foucher ne le croit pas ; nous ne sommes pas de son avis, et nous pensons avec M. Guyon, tout en tenant compte de l'épaisseur plus ou moins grande de la poche, que le degré de fluctuation peut faire varier la consistance de la tumeur.

Dans l'extension de la jambe, les tendons se trouvent appliqués sur les os, et, comme la synoviale, se moulent sur eux. Il est évident que le liquide refoulé vers la partie de la poche qui est la moins comprimée, va soulever l'aponévrose de la région et faire une saillie bien plus manifeste.

Les kystes ont une forme ordinairement ovoïde, cette forme est surtout spéciale aux kystes qui siégent aux côtés internes ou externes, mais elle s'allonge quand la tumeur siége dans la synoviale du muscle poplité. Elle est, avons-nous dit, lisse et régulière, mais elle peut devenir bosselée, soit par le passage d'un tendon des muscles de cette région, comme le biceps et le demi-tendineux, soit aussi

par les cloisons complètes ou incomplètes qui peuvent exister dans l'intérieur du kyste, soit encore quand la tumeur se trouve gênée dans son développement par les parties voisines.

Il n'est pas commun de rencontrer de la mobilité dans ces affections, ceci se comprend facilement, car l'anatomie nous apprend que les bourses séreuses sont maintenues appliquées aux tendons et aux os de la région. La tumeur, cependant, peut quelquefois se pédiculiser, le pédicule étant plus ou moins long ; M. Richet, dans son anatomie des régions, rapporte qu'il a longtemps conservé une pièce sur laquelle on voyait le pédicule d'un kyste qui remplissait une partie du creux poplité, se prolonger dans l'articulation à travers les fibres du ligament postérieur. Il peut arriver que lorsqu'on veut saisir la tumeur, elle glisse sous les doigts et se meuve dans une certaine longueur, ainsi que Foucher en rapporte un exemple dans l'observation 14 de son mémoire de l'Académie de médecine. Cette mobilité du reste dépend comme nous le disions à l'instant, de la position du membre. En effet, l'extension qui rend la tumeur plus superficielle, lui enlève de sa mobilité ; au contraire si la jambe est légèrement fléchie, la tumeur s'enfonce plus ou moins dans le creux poplité et offre un certain degré de mobilité.

L'extension et la flexion de la jambe, avons-nous dit, peuvent faire varier les caractères de consistance et de mobilité des kystes, nous pouvons en dire autant de leur réductibilité et de leur irréductibilité.

Disons tout d'abord qu'il ne faudra pas prendre pour de la réductibilité, cet effacement de la tumeur qui se produit quand la jambe est légèrement fléchie, phénomène qui se montre constamment : A ce sujet, Foucher (1) s'exprime en ces termes : « La tumeur ne disparaît pas, elle existe encore, mais elle est logée, cachée plus profondément dans le creux poplité, qui dans la flexion, offre une étendue plus grande, et elle est entourée de parties relâchées qui lui permettent de fuir sous le doigt. Il faudra souvent la plus scrupuleuse attention pour s'assurer que dans ces cas la tumeur n'a pas disparu, on devra pour cela, explorer profondément la région, et l'on y rencontrera la tumeur qu'il sera possible, vu le relâchement des parties, de fixer et d'explorer entre les doigts. Cependant le kyste peut être réellement réductible, et dans ce cas son contenu passe dans l'articulation du genou, où il manifeste sa présence par le soulèvement de la rotule. »

Un kyste qui est réductible, quand le membre est dans la demi-flexion, devient irréductible dans l'extension. Pour expliquer ce fait, il est inutile de faire bien des conjectures, ce caractère dépend tout entier de la disposition des bords des orifices de communication entre les deux synoviales ; en parlant de l'anatomie pathologique, nous avons dit que ces bords pouvaient être frangés, et se recouvrir dans l'extension ; dans ces conditions, le liquide ne peut jamais se

1. Foucher. *Mémoires de l'Acad. de Méd.* 1856.

frayer un passage pour pénétrer dans l'articulation, quels que soient les moyens employés.

La réductibilité et l'irréductibilité du kyste dépendent encore de la position de la tumeur. Sur 19 observations que rapporte Foucher, 12 kystes siégeaient sur le côté interne, 6 étaient réductibles, 5 étaient irréductibles, dans un cas ce fait n'avait pas été recherché. Un seul était réductible sur les quatre qui occupaient le côté externe. 3 siégeaient sur la ligne médiane dont deux étaient réductibles.

D'après les observations que nous avons recueillies, nous trouvons, observ. n° 1 un kyste externe, dans la seconde un kyste interne, il était communiquant; le troisième malade portait les trois variétés, toutes trois irréductibles; dans la quatrième et la cinquième, le siège n'était pas signalé.

En terminant ce chapitre, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer avec Foucher (1) combien « Les faits cliniques s'accordent avec les prévisions anatomiques: ainsi la communication de la synoviale du jumeau interne, n'étant pas constante, il en a été de même de la réductibilité des kystes siégeant dans cette synoviale; les synoviales externes ne communiquent pas avec l'articulation, aussi les kystes qu'elles forment, sont-ils irréductibles. La réductibilité de l'un des cas s'explique par une communication accidentelle ou peut-être parce qu'il existait excep-

1. *Arch. Gén. de Médecine*, 1856.

tionnellement un kyste synovial herniaire, au niveau du tendon du poplité. » Les deux kystes médians communiquants, s'accompagnaient d'hydarthrose, et nous les considérons volontiers comme des kystes synoviaux herniaires ou des kystes folliculaires.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Les kystes du creux poplité sont des affections à marche lente, et à évolution à peu près constante. Ce n'est que longtemps après leur apparition que le malade s'en aperçoit, par hasard, sans avoir jamais rien ressenti. La maladie peut parfois débuter par un sentiment de douleur, de sensation de fatigue dans la jambe que rappellent et augmentent les mouvements. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs n'ont aucune tendance à disparaître spontanément ; généralement, elles ne prennent pas un grand accroissement, il est rare d'en trouver dont le volume dépasse la grosseur d'un œuf d'oie.

On cite plusieurs cas de rupture de kyste, on peut l'expliquer par l'amincissement extrême des parois de la poche, le liquide peut s'épancher dans l'articulation et donner naissance à une hydarthrose; d'autrefois c'est un bonheur pour les malades, l'accident peut se produire dans les jumeaux, ou dans les muscles du mollet, dans ce

cas ils font une saillie plus considérable. C'est à la suite de chute, de faux pas, de marches longues et pénibles, ou d'efforts violents que se produit la rupture. La tumeur disparaît spontanément, et peu de temps après, les malades qui tout d'abord s'estiment heureux de cet accident qui les avait guéris, voient se retirer la grosseur, quand ils reprennent leurs travaux.

On ne doit considérer l'hydarthrose que comme un fait de coïncidence qui se rencontre fréquemment. Il est bon de rappeler ici que l'hydarthrose est tantôt primitive, tantôt consécutive: ceci ne doit nous étonner, en rien comme nous le verrons en parlant du diagnostic. L'hydarthrose est toujours facile à reconnaître par l'exploration directe en prenant alternativement sur le genou et sur le jarret.

M. Verneuil (1) a rapporté un cas de kyste avec une tumeur blanche. Le malade de l'observation 3 de notre thèse nous offre un exemple bien plus frappant et bien plus curieux, puisqu'il portait également trois kystes au creux poplité. Dans ces cas la tumeur blanche doit seule préoccuper le chirurgien; et le traitement du kyste n'est que secondaire; c'est ainsi que l'enseigne M. Gosselin, dont nous partageons l'opinion.

L'arthrite se rencontre très-rarement. Foucher ne l'a vue qu'une seule fois. L'arthrite débutant comme maladie première est très-rare, mais elle peut survenir quand le membre est soumis à un traitement trop énergique, surtout

1. *Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. II p. 369.

quand la communication trop facile des bourses tendineuses avec l'articulation a pu être influencée par l'agent thérapeutique. On peut observer l'arthrite consécutive quand les parois du kyste ont été touchées par le trocart, ou bien encore quand le malade se lève et marche sitôt après l'opération, comme celui de M. Richet.

L'érysipèle consécutif a été observé une fois par M. Gosselin (communication verbale). Après la ponction, l'articulation fut indemne de toute inflammation; mais le kyste récidiva.

DIAGNOSTIC

Les kystes du creux poplité sont généralement faciles à reconnaître; on les distingue sans peine de certaines tumeurs qui peuvent siéger dans la région poplitée.

Le kyste reconnu, il faut encore savoir à quelle variété il appartient et s'il communique ou non avec l'articulation.

Nous nous appliquerons dans ce chapitre : 1° à distinguer les kystes des autres tumeurs de la région ; 2° à reconnaître la variété ; 3° enfin à s'assurer s'il communique ou non avec l'articulation.

Parmi les tumeurs qui peuvent être rencontrées, les unes sont solides, les autres liquides.

Le kyste diffère du lipôme par sa position ; le premier

siége le plus souvent sur le côté, le second occupe la ligne médiane, il est bosselé, adhérent au derme par la partie profonde. « Si on le saisit avec les doigts, on éprouve la sensation d'une masse composée de granulations, et quelquefois on perçoit une véritable crépitation » (1). La fluctuation est appréciable dans le kyste, elle ne se rencontre que très-rarement dans le lipome, et, quand elle existe, elle n'offre pas les mêmes caractères. L'erreur ne peut être admise que pour les kystes irréductibles, à moins que l'épaisseur de la poche ne soit considérable. Si le kyste occupe la ligne médiane et s'il est réductible, on est en face d'un kyste poplité.

On peut encore confondre les kystes avec certaines tumeurs liquides, réductibles ou irréductibles.

L'abcès froid peut faire commettre une erreur, mais elle disparaîtra, en se souvenant que l'abcès froid est rare dans cette région, qu'il se développe dans le tissu cellulaire et sur la ligne médiane.

Si l'abcès froid est idiopathique, la forme de la tumeur n'est point circonscrite, les antécédents du malade et ses commémoratifs nous feront connaître s'il est symptomatique.

Dans les tumeurs réductibles nous mentionnerons comme étant les plus fréquentes, les varices de la saphène interne et les anévrysmes de l'artère poplitée.

En effet, la saphène interne est souvent le siége de va-

1. Follin. *Pathologie Externe*, tome I.

rices quelquefois volumineuses, qui ont pu, au premier abord, faire croire à l'existence d'un kyste ; mais elles diminuent par la compression ou par un changement de position du membre ; elles sont superficielles, mollasses, il est rare de ne pas en rencontrer de plus petites autour de la plus grosse.

Si le chirurgien pense à un anévrysme, il doit rechercher s'il y a des battements, du souffle et un soulèvement de la peau ; la tumeur diminue par la compression de la fémorale ; il n'y a pas d'augmentation du volume du genou. Le diagnostic peut ne pas toujours être aussi simple, surtout si le kyste exerce une compression sur l'artère et si l'on entend un souffle artériel, comme dans notre observation 5. M. Hart rapporte que le médecin qui lui avait envoyé le malade avait cru tout d'abord à l'existence d'un anévrysme du creux poplité. La tumeur avait un volume que l'on ne rencontre pas souvent dans les kystes, elle était grosse comme un œuf d'oie, le siége était le même. On remarquait du souffle, des battements avec soulèvement de la peau ; mais M. Hart vit que les pulsations disparaissaient par la compression au-dessus de l'artère et par l'extension de la jambe ; à l'auscultation, en outre, le bruit artériel n'avait pas le timbre rude du souffle anévrysmal. Dans l'extension de la jambe, la tumeur était irréductible.

Olivier (1) cite, d'après Legendre, un cas de kyste hydatique du jarret, trouvé à Clamart, sur le cadavre d'une femme de 25 ans.

1. *Thèse de Paris*, 1855.

Le kyste hydatique que l'on pourrait prendre, selon cet auteur, pour une tumeur de la synoviale, est long à se développer ; il est gênant plutôt que douloureux, à cause du volume considérable qu'il peut acquérir ; ce caractère n'a jamais été signalé dans les kystes synoviaux.

Le kyste hydatique comprime les organes voisins, et on sent, en appuyant la main, le frémissement hydatique, mais nous savons ce qu'il faut penser de ce signe, qui n'a jamais existé que dans l'imagination des auteurs. La compression des organes voisins peut cependant avoir lieu aussi par les kystes synoviaux. Ainsi notre ami, M. Sévestre, interne distingué des hôpitaux, a rencontré à l'hôpital Lariboisière, une femme qui se plaignait d'une sciatique, elle portait un kyste du creux poplité, qui comprimait le nerf (Communication verbale).

Holmes (1) rapporte le fait suivant, comme difficulté de diagnostic ; il a été observé par Moore, à Mildesex Hopital : une femme avait, au creux poplité, une tumeur qu'il prit d'abord pour un kyste, puis, quelques mois plus tard, pour une tumeur ganglionnaire. Le symptôme principal était une douleur qui s'étendait jusqu'au pied, en suivant le trajet des nerfs. On fit, avec une aiguille, une ponction exploratrice. La malade se plaignit d'une douleur vive au pied, et il sortit un liquide séro-sanguinolent, puis du sang, la tumeur, molle quelques minutes après la ponction, redevint très-dure. On fit l'excision, l'intérieur de la tumeur ressem-

1. *Systems of Surgery.* Traduction de mon ami Rabourdin, interne des hôpitaux.

blait au ventricule droit du cœur, elle ne contenait que du sang et de la fibrine coagulée. Après l'amputation, on reconnut qu'il s'agissait d'un kyste communiquant avec une veine profonde, et développé dans l'intérieur du nerf tibial postérieur.

Telles sont les affections auxquelles le chirurgien doit penser, quand il se trouve en présence d'une tumeur dont le diagnostic lui laisse quelque doute. Nous allons maintenant étudier le diagnostic différentiel des kystes entr'eux.

Le siége est de première valeur; ceux que l'on rencontre le plus fréquemment sont dûs à une hydropisie de la synoviale tendineuse, et ils occupent souvent le bord interne du creux poplité; aussi, nous pouvons dire qu'un kyste, réductible ou non, situé entre le tendon du jumeau interne, ou sur le côté, est un kyste dû à la bourse séreuse de ce tendon, et à l'hydropisie de cette synoviale. Si le kyste s'étend sur la ligne médiane, on peut toujours, avec un peu d'attention, suivre sa racine jusque sur les bords du tendon.

Quand on trouve un kyste sur le côté externe, il peut dépendre de la bourse du biceps, qui repose au-dessus de la tête du péroné; si la tumeur est située plus haut, et plus rapprochée de la ligne médiane, le diagnostic est rendu plus difficile, en ce point, en effet, on peut rencontrer à la fois les synoviales du jumeau externe, du poplité, et celle de l'articulation du genou. Dans cette circonstance, on se rappellera que la bourse du jumeau externe est petite, et qu'elle manque quelquefois, que celle du poplité

au contraire, est large et constante. Si la réductibilité est impossible, on pourra diagnostiquer un kyste du creux poplité.

Si la tumeur est réductible, et s'il y a une hydarthrose concomitante, ce sera une hernie de la synoviale.

Quand les kystes occupent la ligne médiane, on peut supposer trois choses.

Si on peut limiter la racine du kyste sur l'un des bords du muscle poplité, ce sera un kyste de la bourse de ce muscle. Il y aura kyste folliculaire si la racine s'enfonce dans le ligament postérieur du genou, et s'il y a d'autre part, de l'irréductibilité et de l'hydarthrose. Troisièmement enfin, on diagnostique une hernie de la synoviale, surtout si l'on constate de la réductibilité sans hydarthrose.

La communication des kystes est facile à constater, je parle de la communication du kyste avec l'articulation. Tous les kystes ne communiquent pas aussi fréquemment les uns que les autres. Ceux qui occupent la ligne médiane sont en première ligne, puis viennent ceux du côté interne et en dernier lieu ceux du côté externe. La communication est établie par le fait de la réductibilité, cette communication peut ne pas avoir lieu dans certaine position du membre, comme l'extension. Lorsqu'il y a communication, le liquide cède à la pression de la main sur la poche, passe dans l'articulation et soulève la rotule. L'anatomie nous a appris que la bourse supérieure du demi-membraneux se confondait assez souvent avec celle du jumeau interne, nous pensons que, sur le vivant, il est très-difficile, sinon impos-

sible, de pouvoir diagnostiquer la communication de ces deux poches. Le volume du kyste pourra seul le faire présumer.

TRAITEMENT

Nous diviserons le traitement en :

1° *Traitement par résorption ;*

2° *Traitement chirurgical.*

1° *Traitement par résorption.* — Pour obtenir la résorption du kyste, on a employé successivement, le repos, les résolutifs, le vésicatoire, la compression.

Disons tout d'abord, que le repos n'a jamais été employé seul que par les malades, qui se trouvant trop gênés, ont cessé pour un temps, de vaquer à leurs affaires habituelles.

Au repos on a joint toute la série des pommades et liniments résolutifs, nous n'en citerons que quelques-uns ; comme le liniment camphré, la pommade mercurielle, la pommade iodée et iodurée etc. etc. Toutes ces méthodes de traitement, n'ont aucun succès définitif à enregistrer, et dans les succès favorables qu'on a pu obtenir, resterait-il à examiner la part qui revient à ces onguents. On a cité cependant des cas où la disparition de la tumeur avait été complète, mais nous devons ajouter, que nous n'avons jamais rencontré de ces succès définitifs, nous avons tou-

jours vu que la tumeur avait récidivé après un temps plus ou moins long.

La compression, comme le repos et les pommades, est un palliatif ou un adjuvant, elle n'a jamais eu de succès véritable et durable, cependant il est des exemples, où la compression, peut être d'une grande utilité, ainsi quand il y a communication avec l'articulation, ou hernie de la synoviale, dans ce cas la compression a souvent donné de bons résultats, ainsi que l'attestent Velpeau et Nélaton.

Ainsi faite, la compression, selon ces deux grands chirurgiens, permet aux malades de marcher et de se livrer à ses occupations, sans aggraver sa position. En même temps que la compression on a employé les pommades fondantes mentionnées ci-dessus; nous ignorons si les résultats ont été, et plus favorables et plus prompts. La compression rend de grands services quand on a fait la ponction du kyste; dans cette circonstance, elle tend à rapprocher les parois du kyste, et à favoriser leur adhérence.

Le vésicatoire a été employé par beaucoup de chirurgiens, notamment au Val de Grâce; dans sa thèse inaugurale, Baudouin en rapporte plusieurs exemples. Il a joui d'une certaine vogue; il a pu quelquefois faire disparaître certains kystes, mais le plus souvent, son action se borne à en diminuer le volume pour un certain temps, car le kyste reparaît bientôt avec ses dimensions ordinaires, et force le chirurgien à recourir à un autre mode de traitement, ainsi que le prouvent les observations de la thèse de Baudouin. La tumeur avait disparu sous l'influence du vési-

catoire, elle récidiva et céda à une ponction. Lorsqu'il y a une hydarthrose concomittante, par le fait de la communication du kyste avec l'articulation, le vésicatoire paraît agir aussi énergiquement contre le kyste, qu'il agit contre l'hydarthrose, il fait disparaître les deux affections, sans toutefois les prévenir contre une récidive. Le repos est nécessaire.

2° *Traitement chirurgical.* — Cette méthode comprend, l'incision, l'excision, la ponction simple et la ponction suivie d'injection.

L'incision a été pratiquée au Val de Grâce par M. Valette sur un soldat, et par plusieurs autres chirurgiens.

Cette méthode est le plus souvent insuffisante, car l'affection peut reparaître plus ou moins vite, on ne peut l'employer quand le kyste est communiquant. Pour nous, l'incision est un mode de traitement qui doit, sinon être rejeté, du moins n'être que très-rarement mis en usage par les chirurgiens, et nous croyons pouvoir appliquer aux kystes de cette région, ce que M. Gosselin dit des kystes synoviaux du poignet au sujet de ce mode opératoire (1) : « L'incision est un de ces moyens de traitement qui provoquent de la suppuration d'une manière presque inévitable... La suppuration peut prendre une trop grande intensité, s'accompagner d'une forte réaction fébrile analogue à celle de la fièvre traumatique, se propager de la synoviale au tissu cellulaire profond, donner des phlegmons graves... Si

1. Gosselin. *Cliniques chirurgicales de la Charité*, t. II, p. 593.

la suppuration se circonscrit à la cavité de la synoviale, elle laisse souvent après elle des fistules de longue durée.

L'excision a été faite 2 fois et suivie de succès par Malgaigne (1). La malade étant chloroformée, et couchée sur le ventre, une incision longitudinale de 7 à 8 centimètres est pratiquée au milieu de la région poplitée, la peau et le fascia superficialis étant divisés, on arrive sur une tumeur ovoïde, bien circonscrite, dont les parois épaisses sont dures, résistantes, élastiques, d'un aspect presque noir. Malgaigne cherche à énucléer le kyste, mais il observe, après en avoir séparé les parties superficielles et latérales du tissu cellulaire environnant, que la tumeur est adhérente aux tendons du côté externe du jarret. Pendant les efforts qu'on fait pour l'enlever, les parois de la tumeur se rompent, et il s'en écoule environ une cuillerée à dessert d'une liqueur jaunâtre, ayant l'apparence et la consistance de l'albumine. Une fois le liquide écoulé, on saisit les parois du kyste avec des pinces, et, à l'aide de ciseaux, on en enlève environ les trois quarts. En introduisant le doigt dans la plaie, on s'assure facilement que c'est la face postérieure des tendons eux-mêmes qui forme le reste de l'enveloppe de la tumeur. La plaie épongée avec soin, on constate que le décollement de la peau ne s'étend pas si loin qu'on aurait pu le craindre; deux points de suture sont appliqués aux deux extrémités de la plaie, pour en diminuer la longueur, une bandelette enduite de collodion en maintient fermé le

1. Remilly. *Revue medico-chirurgicale*, 1853.

milieu. Un plan incliné, disposé de telle sorte que le jarret ne porte pas, maintient le membre dans l'immobilité, des cataplasmes sont posés sur la région malade. »

Cette méthode est un moyen radical, mais elle ne peut aussi s'appliquer qu'aux kystes qui ne communiquent pas avec l'articulation, et malgré les succès de ces opérations elle doit donner lieu aux accidents que nous indiquions pour l'incision, nous voulons dire la suppuration, l'arthrite, le phlegmon, etc.

La ponction simple a été employée à toutes les époques, elle l'est encore aujourd'hui, mais plus rarement. Dans l'observation recueillie à l'Hôtel-Dieu, il est dit que M. Richet a fait une première ponction du kyste le 20 février avec l'aspirateur Dieulafoy, le kyste fut complètement vidé; quelques jours après, le 27 février, on remarqua que le kyste avait reparu avec le volume et les dimensions qu'il présentait le premier jour de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. Une seconde ponction fut reconnue nécessaire, et faite le jour même avec le trocart ordinaire; le liquide qui s'écoula était le même que celui de la première fois, la nature du kyste n'avait donc pas changé.

Aux deux fois, M. Richet se contenta de pratiquer la ponction simple, la seconde épreuve aurait-elle été plus heureuse que la première? C'est ce qui nous est impossible de dire, puisque le soir même, le malade fut pris de frisson, de fièvre intense, et qu'il eut ensuite une arthrite suppurée dont il mourut après infection purulente. Cependant, il nous est permis de croire que cette seconde ponction aurait eu le même sort que la première, et nous pensons que

« si la ponction suffit pour vider la poche, la tumeur ne tarde pas à se reproduire. Il importe donc pour éviter les récidives, d'irriter les parois du kyste, soit avec le bec d'une sonde cannelée, comme l'a fait Larrey, soit avec des injections irritantes, vineuses ou iodées. (1) »

M. Richet, en cette circonstance, a-t-il pris toutes les précautions voulues pour éviter l'accident que nous venons de rapporter, c'est ce que nous verrons plus tard, quand nous parlerons de l'immobilité à laquelle doit être soumis l'opéré ; quoiqu'il en soit, cet accident est d'autant plus curieux et plus rare, que le kyste ne communiquait pas avec l'articulation.

La ponction avec injection peut, comme la précédente, être faite avec le trocart ou la lancette, mais le plus souvent, elle est pratiquée avec l'aspirateur Dieulafoy, ou celui de Potain. L'injection est indistinctement faite avec ou sans communication du kyste avec l'articulation, dans le premier cas il est prudent de prendre la précaution de maintenir la jambe fortement étendue. Après l'écoulement du liquide kystique, plusieurs chirurgiens, entre autres M. Gosselin, préfèrent laver la poche avec de l'eau tiède, avant de faire l'injection iodée, M. Guyon fait l'injection iodée sans lavage. Le membre est ensuite immobilisé, et le malade soumis au repos absolu.

Pour nous, nous pensons que l'immobilité du membre est une chose essentielle, et si, sans y avoir recouru, on a

1. Nélaton. *Path. Ext.* t. V, p. 968.

obtenu des guérisons, nous sommes en droit de dire qu'elles arrivent plus promptement ; en cela notre opinion est conforme à celle de nos maîtres, MM. Gosselin et Guyon. En parlant de l'immobilité, M. Guyon s'exprime ainsi : « Immobiliser un membre dont l'articulation est malade, l'immobiliser dans une bonne position, constitue la base de la thérapeutique des maladies graves des jointures. (1) »

Après la ponction du kyste et l'occlusion complète de la piqure avec du coton recouvert d'une couche de collodion, M. Guyon pose le membre sur une attelle plâtrée concave. Cette attelle part du milieu de la plante du pied, emboîte le talon, la face postérieure de la jambe, le creux poplité, et se termine à la réunion du tiers inférieur de la cuisse avec les deux tiers supérieurs. Lorsque le membre repose sur cette attelle garnie d'une couche de ouate, qui est bien plus épaisse au niveau du jarret ; M. Guyon fait soulever le membre par un aide, enroule une bande autour du pied et de la jambe jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous de la rotule, il en applique une seconde sur la cuisse à quelques centimètres du bord supérieur de la rotule. De cette manière, le genou reste à découvert et n'est point soustrait à l'examen du chirurgien. M. Guyon place ensuite le membre dans une gouttière en fil de fer, autour de laquelle il enroule une seconde bande qui recouvre le membre tout entier ; nous pensons avec M. Guyon, qu'ainsi appareillé le membre se trouve placé dans des conditions parfaites d'immobilité.

1. Guyon. *Éléments de Chirurgie clinique.*

M. Gosselin diffère peu dans sa manière de faire, au lieu d'une attelle plâtrée, il se contente de faire un bandage roulé et d'exercer la compression sur le jarret, et fait reposer le membre dans une gouttière.

En agissant ainsi, ces deux chirurgiens ont toujours vu leurs opérations couronnées de succès. Les malades sont obligés de garder le lit, et d'observer les ordres du chirurgien, c'est ce qui n'est pas arrivé pour celui de M. Richet, car le jour même de l'opération, il se leva et marcha dans la salle. Plus tard, quand les symptômes de l'arthrite furent bien accentués, le malade fut soumis à l'immobilisation, mais elle fut impuissante pour combattre le mal qui emporta le sujet.

Le but de l'injection, est d'irriter la poche du kyste de manière à produire une inflammation adhésive entre ses parois. C'est dans cette intention, que Larrey irritait la poche avec une sonde cannelée, et que le chirurgien anglais Hart se sert d'un seton en fil d'argent. Plus tard on mit en usage les injections irritantes, telles que le vin chaud, puis la teinture d'iode. Je ne parlerai point ici des discussions qui ont été soulevées à ce sujet à l'Académie de Médecine, discusions dans lesquelles Velpeau se montra le défenseur des injections iodées et prouva, par des faits, leur supériorité sur les injections vineuses. La composition de l'injection peut varier; on doit donner la préférence à la solution de teinture d'iode et d'eau. Boinet ajoute 4 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes de solution, afin de la rendre plus parfaite. Hart a employé quelques drachmes d'éther sulfurique.

Tout dernièrement, M. Lucas Championnière a rapporté dans son journal, un exemple de kyste du creux poplité, guéri par la cautérisation avec le nitrate d'argent à qui il donne la préférence sur la teinture d'iode.

Pour lui le procédé d'opération est plus simple, il est inutile de faire des lavages qui sont plus ou moins difficiles selon la viscosité du liquide. Quant à nous, nous ne croyons pas que ces reproches soient bien fondés; nous ne doutons point de l'efficacité du nitrate d'argent dans ces sortes d'affections, mais avant de lui donner la préférence, nous attendrons que de plus nombreuses observations, couronnées de succès, viennent corroborer le fait cité dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Quand le chirurgien est en présence d'un kyste, doit-il toujours opérer? Pour M. Gosselin, et nous nous rangeons à son avis : si le kyste est peu volumineux, si le malade n'en souffre nullement, l'opération doit être retardée.

Pour résumer les différents modes de traitement que nous avons décrits, nous dirons que l'on ne doit point compter sur le traitement par résorption ; quelques-unes de ses formes ont pu être utiles jointes à d'autres.

L'incision et l'excision ne sont plus employées. La fonction simple expose à trop de récidives. La fonction avec injection iodée doit être employée de préférence.

Observation I.

Loubière, Pierre, âgé de 46 ans, charpentier, entre à l'Hôtel-Dieu

le 16 février 1873, dans le service de M. le professeur Richet, salle Sainte-Marthe, n° 47 (1).

Cet homme éprouvait depuis près de deux ans des craquements et des tiraillements pénibles dans les genoux ; parfois même il avait constaté un gonflement assez notable de ces articulations, quand au mois de novembre dernier, il s'aperçut qu'il avait au creux poplité du côté gauche, une grosseur molle, insensible à la pression. Au bout de quelque temps, cette tumeur, d'abord assez petite, ayant augmenté de volume, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse devinrent pénibles, et l'extension assez douloureuse, particulièrement quand le malade accroupi voulait se lever. Les souffrances étaient plus vives quand il portait une lourde charge. Ces sensations pénibles ne parurent jamais, du moins d'après les renseignements assez vagues que l'on put recueillir, s'accompagner de phénomènes inflammatoires bien caractérisés. Les mouvements peu étendus n'étaient généralement pas douloureux.

Comme la gêne augmentait par suite de l'accroissement progressif de la tumeur, le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 16 février.

On trouva alors dans le creux poplité gauche une tumeur bien limitée à contours arrondis, un peu allongée dans le sens vertical, molle, évidemment fluctuante, indolore, sans changement de couleur à la peau, libre de toute adhérence avec les couches superficielles sur lesquelles elle glisse facilement, grosse comme un petit œuf.

Quoiqu'elle proémine au centre du creux poplité, on peut cependant s'assurer, en refoulant la tumeur, qu'elle a son point de départ à la partie externe de la région, et elle semble se perdre en dehors, au-devant de l'extrémité inférieure du biceps fémoral.

Si l'on porte le membre en demi-flexion, on détermine une légère diminution du volume de la saillie, diminution qui est due sans doute à son refoulement en avant des cordes tendineuses. Les pressions

1. Recueillie et communiquée par M. Hutinel, interne du service.

exercées sur elles n'amènent pas sa disparition, quelle que soit la position donnée au membre. L'articulation du genou semble indemne, ses mouvements sont libres, on n'y constate pas d'épanchement. Si on exagère l'extension ou la flexion de la jambe sur la cuisse, on sent la tumeur durcir et se tendre. La disposition des parties ne permet pas de constater la transparence. Pas de battements, pas de bruits anormaux : la tumeur est développée en arrière des vaisseaux et des nerfs, sa nature est évidemment kystique.

Le 20 février, ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy. Issue de 100 grammes environ d'un liquide jaunâtre, transparent, de consistance sirupeuse, visqueux et filant, comme de la synovie. Occlusion immédiate de la piqure avec une bandelette imprégnée de collodion. Pas d'accidents consécutifs.

Le 27 février, on remarque que le liquide s'est reproduit; la tumeur a le même volume que le jour de l'entrée; elle ne présente d'ailleurs aucun signe d'inflammation. On fait une nouvelle ponction avec le trois-quart à hydrocèle; il sort environ 80 à 100 grammes du même liquide que la première fois. Occlusion immédiate et complète. On recommande au malade de rester au lit.

Le soir, malgré la défense qu'on lui a faite de se lever, cet homme se promène dans la salle. On le fait coucher. Une demi-heure après il se promène de nouveau. A onze heures, il est pris d'un frisson; en même temps, son genou devient douloureux, au moindre mouvement; insomnie.

Le 28, à la visite, on constate de la fièvre, le visage est rouge, la langue sèche, le pouls fréquent, la température 39° 1. Le genou est tendu, douloureux, empâtement notable de l'articulation; la rotule est soulevée par un épanchement assez abondant. Sensibilité très-grande au moindre contact, chaleur locale, sans rougeur érysipélateuse.

Le 12 mars, ventouses scarifiées, cataplasmes, immobilité. Les jours suivants, les symptômes de l'arthrite s'accentuent de plus en plus; la

suppuration s'établit dans le genou; on fait des débridements multiples, on draine l'articulation.

Néanmoins de vastes décollements se produisent; l'état général devient déplorable; les frissons caractéristiques de l'infection purulente apparaissent, et finalement le malade meurt le 18 avril.

A l'autopsie, l'articulation du genou, la cuisse et la jambe sont tellement infiltrées de pus fétide et remplies de détritus mortifiés, qu'il est impossible de trouver les traces de l'ancien kyste. On constate dans les viscères les lésions de l'infection purulente.

OBSERVATION II.

Sureau, Edme, âgé de 47 ans, champignoniste, entre le 18 novembre 1873 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Guyon, salle Saint-Jean, nº 14.

Cet homme raconte que, depuis un an environ, il s'est aperçu qu'une grosseur s'était développée dans le creux du jarret gauche, que cette tumeur avait été plusieurs mois avant d'acquérir le volume qu'elle présente aujourd'hui. Depuis 5 à 6 mois, elle est restée stationnaire.

La tumeur est ovoïde, bien circonscrite, grosse comme une noix, elle est située dans l'une des bourses du demi-membraneux, plus près de la partie interne de la jambe que de la partie externe de la cuisse.

Le malade n'a jamais éprouvé de gêne dans ses mouvements, jamais il n'a ressenti dans son genou de douleurs spontanées ou consécutives à la pression ou aux mouvements. Il ne souffre pas non plus quand on fait subir à son genou des mouvements étendus de flexion et d'extension.

A la palpation, la tumeur est mollasse et très-peu fluctuante, quand la jambe est dans la demi-flexion, la tumeur diminue si l'on exerce une forte pression; le membre restant dans la même position, elle augmente si on comprime la rotule. On constate un peu d'hydarthose

dans le genou, le kyste communique donc avec l'articulation. En faisant exécuter au membre des mouvements de flexion et d'extension, on sent à la partie interne de gros craquements que l'on entend assez manifestement.

Le 22 novembre, M. Guyon ponctionne le kyste avec l'aspiration à thoracentèse de M. Potain. Il retire environ 150 grammes d'un liquide épais, gélatiniforme; le liquide s'écoule avec une certaine difficulté.

La ponction faite, M. Guyon fit une injection de teinture d'iode qu'il laissa quelques instants dans la poche du kyste; pendant ce temps le malade endura des souffrances assez vives.

L'occlusion de la plaie fut faite avec de la ouate enduite de collodion; le membre fut immobilisé au moyen d'une attelle plâtrée et d'une gouttière.

23 novembre. — Le soir de l'opération, le malade se plaignait de céphalalgie; il eut un peu de fièvre non précédée de frisson; il n'a jamais ressenti aucune douleur ni dans le genou ni dans le jarret.

2 décembre. — M. Guyon défait l'appareil. Le kyste ne s'est pas reproduit, il n'y a eu ni douleur ni rougeur sur le genou, le kyste est en voie de guérison. M. Guyon replace le membre dans son attelle plâtrée, et fait appliquer un bandage compressif silicaté; le malade ne se plaint nullement.

Observation III

Coïncidence de l'hydarthrose du genou, avec des kystes multiples du jarret (1).

Au n° 28 de la salle Sainte-Vierge, est couché un jeune homme de 22 ans, qui nous raconte les commémoratifs suivants :

1. Publiée par M. Gosselin, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Juillet 1868.

Il y a dix ans, il est tombé sur le geuou droit; de la douleur et du gonflement sont survenus de suite. La douleur a bientôt disparu, mais le gonflement a persisté et a augmenté insensiblement. Cependant le malade n'a pas été obligé de se faire soigner. Souffrant peu, il n'a consulté personne et a continué sa vie ordinaire, et notamment ses occupations d'imprimeur qui l'obligent soit à se tenir constamment debout (pour la composition), soit à faire manœuvrer avec le membre inférieur la machine au moyen de laquelle se fait le tirage. Néanmoins depuis quelque temps, il a ressenti, sans avoir eu à proprement parler de poussée inflammatoire, une gêne plus grande pour marcher, c'est ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Il y a sur le genou droit, une hydarthrose considérable. Outre la tumeur fluctuante due à l'accumulation du liquide dans la grande synoviale articulaire, nous trouvons trois autres tumeurs, deux en arrière et une autre à la partie externe du genou, au-dessus de la tête du péroné. A quoi sont dues ces tumeurs? Tout d'abord on pourrait les attribuer à la distension plus grande de la synoviale sur certains points; mais s'il en était ainsi on devrait aisément renvoyer la fluctuation de la partie antérieure à la partie postérieure, et réciproquement. Or ceci n'a pas lieu ici. Après bien des explorations, je n'ai pu trouver de communication directe et facile entre les trois tumeurs accessoires, et l'hydarthrose elle-même; j'ai vidé cette dernière au moyen d'une ponction, les poches accessoires postérieures n'ont pas diminué, tandis que l'antérieure est affaissée totalement. Il faut donc que nous ayons affaire à des kystes indépendants, mais coïncidant avec elle.

Des trois tumeurs accessoires, l'une est postérieure et interne développée dans la bourse synoviale du jumeau interne.

Une seconde postérieure siége dans plusieurs follicules synoviaux. La troisième enfin occupe au côté externe du genou, l'un des follicules synoviaux de l'articulation péronéo-tibiale postérieure; peut-être la bourse de la synoviale du biceps.

Je ne vois aucun inconvénient à les traiter par l'injection iodée, et

probablement que nous pratiquerons cette opération quand l'hydarthrose sera améliorée, sinon guérie.

OBSERVATION VI

Kystes de la face postérieure du genou, simulant un anévrysme. — Diagnostic. — Traitement par l'injection. — Guérison (1).

Un homme âgé de 43 ans, fut récemment admis au traitement externe de cet hôpital, sous la direction de M. Hart. Il avait à la face postérieure du genou, une tumeur qui était très-dure, convexe, causait une légère claudication et empêchait le sommeil. Cette tumeur présentait un grand nombre des caractères de l'anévrysme poplité, et le malade avait été envoyé à M. Hart à l'hopital pour y être traité de cette affection par la flexion du genou.

C'était l'impression qu'un examen rapide avait laissée daus l'esprit d'un chirurgien auquel il s'était adressé, qu'il s'agissait d'un anévrysme; la tumeur avait, lorsqu'on vit pour la première fois le malade, le siége et la dimension de la plupart des anévrysmes poplités; elle occupait le centre et la partie inférieure du jarret, et avait la grosseur d'un œuf d'oie environ. Il y avait de l'œdème de la jambe, et de la distension des veines superficielles. La main appliquée sur la tumeur percevait des pulsations manifestes, qu'arrêtait la compression exercée au-dessus de ce point sur l'artère fémorale. A un examen plus attentif, on reconnaissait qu'elle était irréductible, et, ni à la vue ni à la palpation, on ne reconnaissait d'expension générale.

L'extension complète et forcée de la jambe faisait disparaître les pulsations, sans que pour cela la tumeur devint plus petite. On pouvait, en appliquant le stethoscape, entendre un bruit artériel, mais sans le

(1) *West, London Hôpital.* Traduit de l'anglais, par mon ami, M. A. Rabourdin, interne.

caractère rude qui est le propre du véritable ton anévrysmal. M. Hart conclut qu'il s'agissait d'un de ces kystes séreux (*hygromatons sacs*) superposés à l'artère en y exerçant une compression, comme cela se voit souvent dans cette région.

Il introduisit un fin trocart et donna issue à près de quatre onces d'un liquide albumineux faiblement coloré. Puis il injecta dans le sac, trois drachmes d'éther sulfurique et plaça le genou dans la flexion, tout en exerçant sur le kyste une compression énergique au moyen d'un coussinet. Un certain travail inflammatoire suivit cette injection, mais non assez prononcé pour prévenir la reproduction du liquide : le même procédé dut donc être répété, et cette fois la guérison suivit.

Comme il arrive souvent dans la pratique des hôpitaux, ce cas fut suivi d'une série de trois autres cas, tout à fait semblables, de kystes du jarret. Deux de ces derniers présentèrent exactement les mêmes caractères que le précédent et suivirent la même marche.

Le troisième cas est celui de Georges H..., peintre, âgé de 25 ans, qui se présente à nous avec un kyste du genou, faisant saillie au côté interne du jarret, et en connexion évidente avec les tendons du demi-membraneux et du demi-tendineux. M. Hart traita ce kyste large et superficiel par l'introduction d'un séton en fil d'argent, et en obtint ainsi l'oblitération.

Observation V

Procédé simple de traitement pour un kyste du jarret (1)

Un malade âgé de 44 ans, couché au n° 1 de la salle des hommes, avait un kyste du jarret que M. Terrier ponctionna pour y faire une injection iodée. La canule mal maintenue s'échappa pendant les ma-

1. Publiée dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* de M. Lucas Championnière. Novembre 1873.

nœuvres pour laver la poche. Au bout d'une quinzaine, le liquide s'était reproduit, et M. Terrier dut ponctionner de nouveau. Pour éviter les mêmes accidents, il traita ce kyste comme on traite quelquefois l'hydrocèle. Par la canule, il introduisit dans la cavité un stylet dont l'extrémité était revêtue de nitrate d'argent. Il le promena dans la poche, puis retira la canule et le stylet. Les choses se passèrent comme dans l'hydrocèle ; après quelques jours, le kyste paraissait guéri. C'est là sans doute un des procédés les plus simples, applicables à ces sortes de lésions. Il présente un avantage très-sérieux sur l'injection de teinture d'iode ; avant de faire celle-ci, il faut faire des lavages de la poche, pour que l'iode agisse sur les parois ; ces lavages sont très-difficiles à cause de la viscosité extrême du liquide contenu dans le kyste. Avec le nitrate d'argent ils sont parfaitement inutiles, la couche de liquide sur les parois ne gêne pas son action.

CONCLUSIONS

1° On rencontre à la région poplitée toutes les variétés de kyste ;

2° Les kystes, dus à l'hydropisie des bourses synoviales tendineuses, et de celle du jumeau interne en particulier, sont les plus fréquents;

3° Ils peuvent occuper le côté interne, le côté externe et le milieu du creux poplité ;

4° Ils sont réductibles ou irréductibles, le caractère de réductibilité implique une communication avec l'articulation ;

5° Le diagnostic est en général facile à faire ;

6° La ponction suivie d'injection doit être le mode opératoire préféré ;

6° Les injections irritantes, celles de teinture d'iode surtout, empêchent les récidives ;

8° L'immobilité et la compression du genou sont indispensables pour arriver à une prompte et définitive guérison.

QUESTIONS

Anatomie et histologie normale. — Articulation du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur. Applications à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine ; leurs préparations, leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides, leur division ; des araignées et des scorpions. — Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme (sarcopte, demodex), etc.

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de Goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie.—Qu'entend-on par saccharolés; comment les divise-t-on? — Des gelées des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu bon à imprimer

Le Président,

GOSSELIN.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

MOURIER.

Mayenne. — Imp. A. DERENNE. — Paris, rue St-Séverin, 25.